UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1948 N° 123

PERFORATIONS UTÉRINES

ET RUPTURE DE

L'ARTÈRE UTÉRINE

(d'origine traumatique)

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1948

PAR

RAYMOND BRUEL

MEMBRES DU JURY

MM.	LEFEBVRE	*Président.*
	VIRENQUE	
	DIEULAFÉ	*Assesseurs.*
	LAPORTE	
	LASSERRE	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548928_0040

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. CALVET
ASSESSEUR ..... LEFEBVRE
Doyens honoraires ..... BARDIER, GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS, ARGAUD — MM. RISPAL, LAFFORGUE — MM. MERIEL, GARIPUY — MM. MAURIN, RIBAUT, SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE (J.), ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM,
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL
Anatomie Pathologique	FABRE J.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique et Chirurgie Maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie Biologique	VALDIGUIE (P.)
Médecine légale et Médecine du Travail	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie..... M. BAISSET, Anatomie..... COULOUMA

AGREGES EN EXERCICE

Anatomie	MM. N.
Histologie	BIMES ch. f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Odonto-Stomatologie	CADENAT
Ophtalmologie	DEODATI
Physique médicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie Générale Pharmaceutique	BLANC
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM.
Cours d'anat. physiol. et pathol aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM.
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Clinique de la Tuberculose	MOREL L.
Parasitologie	DAMRRIN (P.)
Botanique et Cryptogamie	LASSERRE
Chimie analytique	Mme DULUCQ-MATHOU
Hydrologie et géologie	MM. BLANC
Médecine Sociale	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	BOUNHOURE
Pharmacodynamie	THOMAS
Bactériologie et Hygiène	BOUNHOURE
Urologie	LAPORTE
Ophtalmologie	LHEZ
Neuro-Chirurgie	DEODATI
Oto-Rhino-Laryngol	LAZORTHES
Secrétaire de la Faculté	CLAUX
	ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNEE 1948 N° 123

PERFORATIONS UTÉRINES ET RUPTURE DE L'ARTÈRE UTÉRINE

(d'origine traumatique)

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1948

PAR

RAYMOND BRUEL

MEMBRES DU JURY

MM. LEFEBVRE — *Président*

VIRENQUE
DIEULAFÉ
LAPORTE — *Assesseurs.*

LASSERRE — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE MODERNE
22, rue Sainte-Ursule, 22

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE VENERE

Ravi à notre affection si près du terme de mes études. Que l'exemple de ses qualités me soit un guide dans la vie.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE
LE DOCTEUR A. GELNAING

A MA MERE

Témoignage de reconnaissance.

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEFEBVRE

Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique
Associé National de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse et a bien voulu nous confier l'observation, base de notre travail. Respectueux hommage de reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAPORTE

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE
chargé de cours

Le Docteur BERTRAND

Le Docteur MARCO

Le Docteur VALAT

Qui nous ont fait profiter de leur expérience durant mon séjour d'internat à l'hôpital de Narbonne.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

Mme B..., 43 ans, multipare, est hospitalisée d'urgence le 9 juin 1948 dans le service de Chirurgie Nord de l'Hôpital de Purpan pour fausse couche de 4 mois. Elle nie toute manœuvre abortive.

La malade déclare avoir expulsé un fœtus il y a quelques jours. Elle saigne abondamment mais ne souffre pas. A l'examen, abdomen souple un peu ballonné dans son ensemble. Utérus globuleux, mou, dépassant de quatre travers de doigts la symphyse pubienne. Le col utérin est encore gros, ramolli ; le col est encore ouverte et il semble que le placenta vienne faire hernie à l'extérieur.

On procède à un curettage sous anesthésie générale à l'éther. Après avoir ramené quelques débris placentaires, on sent que la curette tend à accrocher dans la partie droite. L'intervention est suspendue et un toucher intra-utérin montre une désinsertion de toute la partie droite de l'isthme par rapport au col uérin. Il est impossible de dire si la rupture est complète ou incomplète. Par ailleurs on est sûr que la perforation n'est pas

le fait du curettage, la manœuvre ayant été minime, la curette toujours contrôlée n'ayant jamais fui dans le trajet de perforation. Notons qu'il n'a pas été pratiqué de dilatation.

La malade est alors mise en observation.

Mais d'heure en heure la malade prend le faciès d'une grande anémiée ; pas de température, pouls altéré rapide et mou. Au palper abdomen plus ballonné qu'au premier examen, presque tendu. On a l'impression d'une légère défense dans le flanc droit, mais très fugace.

Les signes d'hémorragie interne ne font aucun doute, alors que l'hémorragie externe semble s'amplifier d'un moment à l'autre. La tension artérielle est redoutablement alarmante : 5 de maxima. On intervient alors, après une première transfusion sanguine, et l'on procède à une laparotomie.

A l'ouverture, faible quantité de sang dans la cavité abdominale mais gros hématome du ligament large droit avec rupture complète de la région isthmique droite. Au milieu des caillots une artère utérine flexueuse, largement dénudée, saigne en jet.

Hystérectomie, drain de Mickulicz. Transfusion sanguine per-opératoire et post-opératoire.

Suite excellente, malade rétablie.

Observation n° 2

(TRÉMOLIÈRES. Maternité de la Faculté de Genève

Revue Médicale de la Suisse Romande, 1908)

Mme S..., 33 ans, multipare.

Depuis le 23 mai, elle est prise de malaises avec douleurs lombaires et abdominales, puis elle commence à perdre du sang mêlé de caillots. Malgré cela elle vaque à ses occupations lorsque, prise d'une forte hémorragie, elle tombe en syncope et c'est dans cet état qu'elle nous est amenée à la Maternité le 26 mai. Elle présente les symptômes d'une anémie grave.

Au toucher, on trouve le vagin rempli de caillots, l'utérus est augmenté de volume, mou, en situation normale. Les doigts introduits dans le col largement ouvert arrivent en contact avec le placenta, lequel est situé sur le segment inférieur de la paroi postéro-latérale gauche.

On pratique un curettage qui ramène le placenta et un fœtus de 3 mois. Injection intra-utérine avec solution d'alsol à 5 p. 1.000.

La malade perd son sang en abondance, on fait un tamponnement utérin à la gaze xéroformée. Caféine, sérum physiologique. Deux heures après, le pouls est meilleur. Le lendemain, soit le 26 mai, le pouls est bon, la malade ne perd pas de sang. Température à 37°, pouls 100.

Le 27 mai, on détamponne. A ce moment une forte hémorragie se produit. Injection intra-utérine chaude, on tamponne à nouveau. Pendant ce court laps de temps, la malade pâlit, se sent de nouveau défaillir, le pouls est filiforme. Malgré tous les traitements d'urgence, la malade meurt quelques instants plus tard.

A l'autopsie, on constate à 3 cm. au-dessus de l'orifice interne et à gauche de la partie inférieure du corps utérin, une surface irrégulière et infiltrée de sang là où était inséré le placenta, et en son milieu un vaisseau largement ouvert dans lequel on peut introduire une grosse sonde. On constate par la dissection qu'il s'agit de l'artère utérine gauche.

INTRODUCTION

C'est à Monsieur le Professeur LEFEBVRE que nous devons la publication de l'observation n° 1 ; cette dernière fit l'objet d'une communication à la Société de chirurgie de Toulouse en juin dernier. M. le Professeur LEFEBVRE a estimé qu'un tel cas méritait bien d'être rapporté dans un sujet de thèse, dont il a bien voulu nous confier la rédaction. Nous le prions de trouver ici l'expression de nos plus vifs remerciements.

L'observation que nous citons concerne un cas de perforation utérine avec rupture de l'artère utérine droite, au niveau de l'isthme. C'est un fait exceptionnel dans la littérature et de la lecture de nombreux auteurs, du dépouillement d'un grand nombre d'observations, nous n'avons pu relever qu'un seul cas, presque similaire au notre, que nous rapportons dans l'observation n° 2.

Divers auteurs, MONDOR en particulier, citent bien des faits de rupture de l'artère utérine, mais ils n'en rapportent la cause qu'à des phénomènes gangréneux secondaires à une perforation utérine.

Nous avons trouvé mention dans les publications, de ruptures de l'artère iliaque interne, au cours de manœuvres abortives, cas signalés par MONDOR, PARRY.

Dans notre modeste étude, nous n'avons d'autre ambition que de montrer la possibilité d'une atteinte directe de l'artère utérine, au cours de manœuvres abortives aboutissant à une perforation utérine ; — d'attirer l'attention sur la surveillance attentive que demandent les suites d'avortement ; — de faire ressortir les indications opératoires que peuvent poser les hémorragies graves provenant de lésions de gros vaisseaux dans les perforations utérines.

Après un court historique, nous nous proposons d'exposer le problème général des perforations utérines. Dans un autre chapitre nous étudierons plus spécialement les ruptures de l'artère utérine dans les perforations traumatiques. Enfin, nous essayerons de dégager quelques conclusions pratiques de notre étude.

HISTORIQUE

Question de pratique médicale autant que chirurgicale les perforations utérines, soit qu'elles suivent une tentative d'avortement ou soit qu'elles suivent un curetage, ont été longtemps passées sous silence.

Leur anatomie pathologique en a été bien précisée dans la thèse médico-légale de PAUL (1906). BALTHAZARD, LE CLERQ et CRÉPIN, l'étudient dans le Bulletin de Médecine Légale de janvier 1914, et COTTE et POLVIN dans leur rapport au Congrès de Gynécologie de 1921.

Par contre, leur étude clinique et les indications opératoires qu'elles comportent étaient peu étudiées. On ne trouve dans la littérature que des observations éparses jusqu'en 1931. A cette époque apparaît l'excellente thèse de BERGOUIGNAN puis les discussions si passionnées de la Société Nationale de Chirurgie, reprises en 1934 et en 1937. Dans leur thèse, LE MOUEL (Paris, 1934), WEISZ (Paris, 1935), TOUBLANC (Paris, 1939) en ont résumé le résultat.

Enfin, nous ne saurions passer sous silence l'œuvre magistrale de MONDOR « Les avortements mortels » et également l'ouvrage de PEHAM et KATZ « Les perforations instrumentales de l'utérus gravide et les moyens de les éviter ».

L'importance de la question n'est actuellement niée par aucun auteurs, seules subsistent quelques discussions sporadiques sur le traitement des perforations utérines criminelles.

ETUDE GENERALE
DES PERFORATIONS UTERINES
AU COURS DES MANŒUVRES ABORTIVES

Etiologie.

La perforation criminelle de l'utérus est une affection fréquente avec laquelle on doit compter dans la pratique courante. Malheureusement il est difficile de donner des chiffres exacts sur cette question si délicate du point de vue médico-légal et traitement. En effet, bien des malades craignant la découverte de leur crime, préfèrent se laisser mourir plutôt que d'appeler un médecin.

Les perforations utérines peuvent être produites suivant deux mécanismes, ou les deux à la fois :

1° Introduction dans l'utérus d'un objet long et rigide, et perforant. Nous ne croyons pas utile de rapporter ici la longue énumération des instruments utilisés pour ces dangereuses pratiques. Mentionnons néanmoins les sondes rigides, canules en os et aiguilles à tricoter qui semblent venir nettement en tête de liste.

2° Injection dans l'utérus d'un liquide (eau savonneuse le plus souvent) qui par gangrène ou infarctus produit ensuite une perforation. Cette dernière est donc secondaire, et dans notre étude, nous n'aborderons pas le cas particulier de ces perforations. Nous n'envisagerons que les perforations directes traumatiques.

Anatomie pathologique.

Le siège des lésions est assez variable. Cependant quelques statistiques peuvent être retenues. Sur 18 cas cités par TOUBLANC, où le siège de la perforation a été bien repéré, l'auteur dénombre :

Neuf atteintes du fond de l'utérus,

Deux atteintes de l'isthme,

Une atteinte de la face antérieure,

Deux atteintes au niveau de la corne gauche,

Quatre atteintes au niveau de la corne droite.

PEHAM et KATZ, sur des statistiques plus anciennes, mais portant sur un plus grand nombre de cas, donnent des pourcentages peu différents des chiffres précédents.

Du point de vue anatomique, nous pouvons les classer ainsi :

— Perforations intrapéritonéales, les plus fréquentes.

— Perforations extrapéritonéales, ou le corps étranger pénètre dans le ligament large.

Du point de vue gravité, il nous semble plus simple de décrire :

— des perforations utérines sans lésions viscérales associées, dont l'évolution est généralement bénigne, à condition que la plaie utérine ne soit pas trop importante, et n'ait surtout pas été provoquée par un objet septique et trop traumatisant ;

— des perforations utérines compliquées d'autres lésions viscérales :

— atteinte de la vessie, des uretères,

— atteinte des colons, du grêle,

— atteinte des gros vaisseaux : iliaque interne,

— atteinte des annexes utérines.

Clinique.

Avec la diversité des moyens employés, et la multiplicité des lésions, les perforations utérines peuvent présenter un polymorphisme étendu dans leur description clinique. Nous nous bornons ici à l'étude des perforations de l'utérius au cours des manœuvres abortives.

Premières heures.

Dans les premières heures après la perforation, la malade consulte généralement parce qu'elle saigne,

— parce qu'elle souffre,

— parce qu'elle a eu un évanouissement,

— parce qu'elle a vomi.

L'un ou l'autre de ces éléments peut manquer. Notons de plus qu'un intervalle de latence assez variable (jusqu'à trois jours, parfois plus) peut s'écouler entre l'instant des manœuvres abortives et les premiers signes de gravité qui inquiètent la malade. En fait, envisageons le cas où la malade consulte quelques heures à peine après avoir subi les manœuvres.

Par l'anamnèse, on s'efforcera de rechercher tous les signes qui permettront de penser qu'il y a eu avortement et perforation. Le retard des règles, le faciès et le psychisme de la malade sont des éléments importants

d'appréciation. En fait, n'attendons pas trop de l'interrogatoire. Dans les rares cas où la malade consent à parler, elle pourra avouer avoir ressenti une douleur vive pelvienne, de siège plutôt hypogastrique qu'utérin, au moment des manœuvres abortives.

L'examen lui-même n'est pas toujours probant et la mise en évidence de la perforation n'est pas toujours aisée. Nous ne parlons évidemment pas des curettages chirurgicaux où l'opérateur, sent la curette lui échapper des doigts vers la cavité abdominale. La présence au col utérin, ou à la valvule, d'organes intra-abdominaux : intestin, mésentère, etc..., signent à coup sûr la lésion. Mais ce n'est pas fréquemment le cas.

L'examen gynécologique sera très minutieux. Le doigt perçoit parfois dans le col l'un des orifices de la perforation. S'il est possible, le toucher intra-utérin pourra nous faire reconnaître l'intégrité de la cavité utérine, s'il y a eu perforation la localisation de la plaie.

Le palper du corps réveillerait parfois dans de bonnes conditions d'examen une douleur fixe du fond, d'une paroi, d'une corne. Mais ces points douloureux ne pourraient qu'éveiller nos soupçons, car dans les suites d'avortement les plus simples, on peut les constater. On recherchera la sensibilité douloureuse du Douglas.

On pensera à la perforation utérine en présence de la défense de la paroi abdominale, de contracture qui peut d'ailleurs être très limitée, à topographie hypogastrique médiane ou latérale. A la contracture s'ajoutent souvent les vomissements.

La prise répétée du pouls et de la température, le degré de la douleur provoquée au palper abdominal et au toucher vaginal, l'appréciation du degré de contracture, s'il y en a, de sa résolution ou de son extension, tels sont les principaux éléments de présomption clinique, associés aux éléments de surveillance de l'hémorragie génitale, et surtout de dépistage d'une hémorragie interne.

Plus tard.

Laissée à elle-même la perforation évolue suivant plusieurs modes.

— Une simple perforation punctiforme de l'utérus, pourra rester méconnue, et évoluera très favorablement vers sa cicatrisation naturelle, avec le minimum de signes.

— Hors cette éventualité, nous rencontrons pratiquement deux syndromes :

1°. Tantôt, liée à une hémorragie génitale plus ou moins intense, des signes de plus en plus apparents d'hémorragie interne. Celle-ci peut former son tableau clinique plus ou moins rapidement.

On constate alors l'hypotension, la pâleur, l'agitation ou la prostration, la faiblesse du pouls, la décoloration des muqueuses, le refroidissement des extrémités. On note le plus souvent du ballonnement abdominal. Attendre pour diagnostiquer un grave saignement

abdominal, la contracture de la paroi, serait une aberration (MONDOR).

Nous pourrons rencontrer cette hémorragie interne à tout moment :

— dans les suites immédiates de la perforation, par traumatisme direct sur le tissu utérin ;

— Dans les suites évolutives de la perforation par phénomènes gangréneux et thromboses qui, provoquant des perforations vasculaires, compliquent alors un tableau clinique infectieux, de signes d'hémorragie interne.

2° Tantôt nous trouvons des signes de péritonite : c'est une complication septique venant aggraver l'évolution de la perforation utérine, abandonnée à elle-même.

Classiquement, on rencontre :

— soit la grande péritonite aiguë avec abdomen contracté, vomissements, signes généraux inquiétants.

— soit la péritonite à diffusion plus lente mais plus grave, car évoluant avec le minimum de signes, elle peut passer inaperçue au début auprès d'un médecin non averti. Il faut se résigner à un tableau fruste, à un avertissement péritonéal d'une vivacité moindre que lorsque la péritonite naît au centre de l'abdomen.

— soit enfin la péritonite localisée avec cloisonnement de la cavité abdominale.

L'évolution des cas abandonnés à eux-mêmes peut aboutir à des septicémies redoutables, à des syndromes ictéro-azotémiques, à des pyohémies.

De cette brève étude, retenons le fait que tous les syndromes abdominaux, médicaux et chirurgicaux peuvent être discutés. La difficulté du problème consiste dans ce fait qu'une infection banale due soit à la rétention placentaire, qu'une infection pelvienne ou péritonéale compliquent l'avortement peuvent parfaitement simuler la perforation utérine.

L'inondation péritonéale par hémorragie interne peut laisser croire à une rupture de grossesse tubaire, diagnostic que l'on écartera après un examen sérieux et surtout la notion des antécédents.

Tous les modes d'infection, tous les modes d'hémorragie ont été observés. La *perforation utérine* est un accident riche par sa symptomatologie, mais très souvent de pronostic grave, si le diagnostic exact des lésions n'a pu être fait à temps pour permettre un traitement curateur. Les perforations du corps et de l'isthme peuvent être graves : les premières parce qu'elles diffusent plus facilement l'infection et s'associent plus souvent aux lésions des viscères abdominaux ; les secondes parce qu'elles aboutissent très souvent à la cellulite pelvienne hyperseptique.

RUPTURE DE L'ARTERE UTERINE AU COURS DES PERFORATIONS UTERINES

Nous croyons utile, avant d'aborder ce chapitre, de faire un rappel anatomique concernant la vascularisation de l'utérus. Nous pourrons ainsi mieux éclairer l'anatomo-pathologie des deux observations que nous présentons.

I. - Vascularisation utérine.

L'utérus, organe destiné à la maturation de l'œuf fécondé, est situé dans la cavité pelvienne, entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin. De forme légèrement conique, l'utérus présente au-dessous de sa partie moyenne un étranglement appelé isthme, qui divise l'organe en deux parties :

— l'une supérieure, le corps.

— l'autre inférieure, le col.

L'utérus reçoit ses vaisseaux de l'artère utérine. Cette dernière est une branche terminale de l'artère iliaque externe (ou artère hypogastrique).

L'artère utérine descend tout d'abord accolée à la paroi pelvienne sur un longueur de 5 à 6 centimètres, à peu près jusqu'au niveau de l'épine sciatique. Dans cette partie de son trajet, l'artère est placée en dehors et en arrière de l'uretère ; elle change ensuite, se porte en dedans et passe au-dessous des ligaments larges. C'est alors dans ce court segment que l'artère utérine croise l'uretère en passant en avant et au-dessus de lui. L'artère utérine s'infléchit ensuite vers le haut et pénètre dans la base des ligaments larges en décrivant la crosse de l'utérine dont le sommet est à environ 15 mm. au-dessus et en dehors du cul-de-sac latéral du vagin. L'artère monte en se rapprochant de l'utérus et longe ensuite le bord latéral du corps utérin, puis se sépare du bord de l'utérus un peu au-dessous de son angle latéral et se porte de dedans en dehors, au-dessous du ligament uéro-ovrien, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'ovaire où elle s'anastomose avec l'artère ovarienne.

Les veines de l'utérus se jettent dans les riches plexus utérins placés sur les côtés de l'utérus. Ces plexus anastomosés en haut avec les veines ovariennes se déversent dans les troncs hypogastriques par les veines utérines (d'après ROUVIÈRE).

II. - ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Observation n° 1. — Nous sommes en présence d'une rupture complète de la région isthmique droite. Nous avons vu que les perforations isthmiques sont rares. Dans la plupart des cas elles succèdent à des traumatismes latéraux qui mènent l'agent vulnérant dans la base ou entre les deux feuillets du ligament large provoquant des hématomes du ligament large par blessure des gros plexus veineux utérins. On note aussi des lésions urétérales (OTTOW, RATHEMOND, KLAUSER).

Dans le cas qui nous intéresse, c'est l'artère utérine qui saigne en jet, provoquant d'ailleurs un hematome du ligament large. De plus, à l'intervention, il a paru au chirurgien que la coudure, base de départ de l'arcade de l'utérine, était anormalement rapprochée de l'isthme. L'artère était ainsi en contact rapproché de la plaie utérine.

Observation n° 2. — L'autopsie (pratiquée par le Professeur ASKANAZY) révéla une anomalie de l'artère utérine. S'enfonçant d'abord sous la couche musculaire de l'utérus, l'artère venait ensuite ramper au-dessous de la sous-muqueuse. L'œuf était venu s'insérer sur le segment inférieur de l'utérus, dans le voisinage de l'artère et les villosités choriales du placenta avaient poussé leurs ramifications à quelques millimètres des parois artérielles. Et l'auteur conclut que, dans ce cas, le curettage n'a certainement fait qu'agrandir la brèche creusée par l'avortement, qu'il soit provoqué ou non. L'artère saignait alors directement dans l'utérus.

III. - Etiologie.

Nous ne nous arrêterons pas à cet article déjà envisagé précédemment. Retenons simplement le rôle néfaste d'objets rigides et contondants, le rôle de la curette dans l'observation n° 2.

IV. - Etude clinique et diagnostic.

Dans le cas des deux observations que nous rapportons, c'est surtout l'importance de l'hémorragie qui retient notre attention. Remarquons le caractère cataclysmique de ces saignements et dans les deux cas l'effondrement rapide de l'état général de la malade : pouls filant, presque impalpable, hypotension inquiétante. Tous les autres signes que l'on pourra relever sont dépassés par le caractère redoutable de cette hémorragie mixte, c'est-à-dire interne et génitale dans le premier cas, exclusivement génitale dans le second cas. Généralement, les hémorragies internes ont un déroulement beaucoup moins rapide, l'écoulement étant freiné par la compression des organes environnants, mais dans le cas d'une atteinte d'un gros tronc vasculaire, nous pouvons rencontrer un tableau d'hémorragie interne à évolution extrêmement rapide.

Le toucher intra-utérin permet bien de faire pratiquement le diagnostic de perforation utérine, mais c'est un toucher aveugle qui ne fixe pas toujours l'étendue

des dégâts ainsi qu'il en ressort de la lecture de nos deux observations.

La localisation même de l'hémorragie interne échappe souvent à nos recherches, et dans l'observation n° 1 nous avons seulement pu faire un diagnostic d'hémorragie interne, en nous basant sur le ballonnement abdominal progressif de la malade avec légère défense à droite, latéralement à l'utérus, ce qui était une présomption pour penser à un hématome du ligament large. Ces divers signes s'ajoutent à l'état général de la malade.

Dans les deux cas, le diagnostic étiologique n'est pas commode à préciser.

HÉMORRAGIE EXTERNE.

— La vascularisation de l'utérus est telle que le moindre traumatisme utérin, laissé à lui-même, peut parfois entraîner des saignements presque aussi redoutables.

— Une utérus gravide, qui vient d'évacuer le produit de conception, peut pour des raisons physiologiques, ne pas se rétracter et laisser béants les lacs sanguins. En ce cas l'ergotine, la post-hypophyse peuvent servir de preuve pathognomonique, si leur action se révèle efficace.

— Des lésions très étendues, utérines et péri-utérines peuvent également déclancher de pareilles hémorragies par délabrement du réseau vasculaire, sans qu'intervienne de lésion des gros troncs.

Hémorragie interne.

Le diagnostic d'hémorragie interne n'est pas toujours facile à préciser. Evidemment les antécédents nous sont d'un grand secours et attireront notre attention.

Distinguons une hémorragie interne, d'une occlusion. Il existe plusieurs cas ou le début de l'occlusion intestinale, aggravé de syncope, choc, collapous fit croire à une hémorragie interne (Reid). L'erreur inverse peut d'ailleurs se voir (Mondor). Evitons encore de prendre pour une hémorragie interne des syndromes de torsion non intestinale :

torsion de kyste ovarien,

torsion du grand épiploon,

torsion de vésicule biliaire.

Nous ne saurions passer sous silence la pancréatite aiguë hémorragique qui se présente d'ailleurs avec un syndrome douloureux suraigu qu'on ne rencontre pratiquement pas dans les perforations utérines. L'abdomen est sans résistance et même ballonné, mais de plus on trouve des signes fonctionnels d'occlusion. Les conditions d'apparition d'un tel syndrome sont d'ailleurs différentes de celles que peut présenter une perforation utérine traumatique.

Enfin et surtout n'omettons pas d'éliminer le cas de rupture d'une grossesse tubaire.

Dans de tels cas complexes, l'urgence d'un traitement ne peut échapper au témoin le moins averti, seule la laparotomie nous permet le repérage exact des lésions.

Pour conclure retenons :

— le caractère foudroyant des hémorragies résultant de rupture de l'artère utérine ;

— la difficulté du diagnostic étiologique, en dehors d'une laparotomie exploratrice, lorsque les examens habituels restent obstinément muets.

TRAITEMENT

Le traitement des perforations utérines est encore parfois sujet à discussion : en effet deux écoles se partagent sur la façon d'agir.

D'un côté, les abstentionnistes, avec LENORMAND, HARTMANN, SAUVE, qui se refusent à l'intervention systématique dans le doute où l'on est dans certains cas de l'existence de la perforation, dans le doute également s'il ne survicndra pas une guérison spontanée.

D'un autre côté, les interventionnistes qui se rangent derrière MONDOR et pour lesquels l'intervention systématique est une obligation, même ne serait-ce qu'une laparotomie exploratrice : la perforation utérine étant une vraie plaie pénétrante de l'abdomen (MONDOR).

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Nous distinguerons :

— un procédé conservateur qui présente l'avantage de conserver la fonction chez des femmes encore jeunes. Une perforation utérine ne semble pas une gêne

pour les grossesses ultérieures, comme le montrent plusieurs observations. Mais la suture d'un utérus perforé n'est pas toujours possible et ne réussit pas toujours.

— un procédé radical d'amputation totale ou subtotale, auquel semble aller le plus de faveurs.

En fait, ce sont surtout des cas d'espèces qui se posent à nous et ce n'est que guidé par les circonstances que l'on pourra agir dans un sens ou dans l'autre.

TECHNIQUES OPÉRATOIRES.

I. - *Intervention par voie vaginale :*

Mise à part la colpotomie simple ou la suture par voie vaginale qui sont des cas d'exception, nous retiendrons surtout l'hystérectomie par voie vaginale qui est rapide et peu choquante. Elle peut donner de bons résultats quand il n'y a pas de lésions associées. Pour MONDOR, BASSET, il semble qu'elle soit toutefois formellement contre indiquée dans les perforations criminelles de l'utérus. C'est en effet un procédé aveugle, qui ne permet pas de juger des lésions ou de l'intégrité des viscères voisins, et surtout de les traiter efficacement.

II. - *Intervention par voie haute :*

C'est la voie abdominale qui est seule de mise. Elle permet de connaître et de traiter les lésions utérines suivant leur nature, de reconnaître et de traiter les lésions associées des organes voisins, si elles existent.

La laparotomie exécutée et les lésions étant bien repérées, on peut procéder :

— soit à une suture simple, mais après vérification soigneuse de l'état de l'utérus et des annexes, ainsi que de la plaie utérine. Une perforation à bords irréguliers, déchiquetés, noirâtres infarcis est une contre indication pour la suture simple.

— soit à une hystérectomie. L'hystérectomie subtotale est généralement moins choquante et paraît suffisante dans la majorité des cas. Mais dans les lésions graves du col utérin, il ne semble pas que cette intervention suffise et l'on doit s'adresser alors à l'hystérectomie totale.

Il n'entre pas dans notre ambition de nous faire le champion de l'une ou l'autre attitude chirurgicale. Chaque perforation utérine se présente en fait avec son individualité propre, et ce n'est qu'après un sérieux examen que nous fixerons notre conduite.

CONCLUSION

La gravité fréquente des perforations utérines ne paraît plus devoir être démontrée. L'utérus maltraité ou gangréné expose aux deux risques de complications :

— hémorragie par rupture, par perforation ou escarification du myomètre ;

— hémorragie par blessure directe d'un gros vaisseau.

De notre modeste étude, retenons :

1° La possibilité d'un traumatisme des artères utérines au cours des manœuvres abortives. De son exception, peut-être pouvons-nous en conclure qu'il faut une prédisposition anatomique rapprochant anormalement l'artère utérine de l'isthme utérin ? Cette affirmation dépasse le cadre de notre sujet et nous ne voulons formuler qu'une simple hypothèse.

II. - Du point de vue traitement, en pratique on peut admettre qu'en dehors des cas de lésions viscérales associées, en dehors de tout phénomène infectieux,

l'abstention, l'expectative armée en milieu chirurgical est une méthode qui mérite d'être retenue pour la pratique courante, a condition qu'au moindre signe de gravité on pratique une laparotomie d'urgence.

La lecture des deux cas que nous rapportons ne peut en fournir une démonstration plus évidente. Le caractère foudroyant de telles hémorragies ne pouvant supporter un traitement attentiste.

III. - Les dégâts repérés après laparotomie fixent alors la conduite opératoire du chirurgien. Dans le cas de l'observation n° 1, c'est à une hystérectomie d'urgence que l'on dut procéder et qui ne réussit que par l'appoint d'une transfusion pré, per et post-opératoire.

Dans le cas de l'observation n° 2, une impression de sécurité due au tamponnement intra-utérin fut vite détrompée par la fin catastrophique de la malade, dès que l'on retira le pansement intra-utérin.

En résumé, ne nous arrêtons pas à des signes d'apparente sécurité pour légitimer notre abstention opératoire, que notre surveillance ne se relâche pas d'un moment : tension, pouls, nous seront toujours des témoins fidèles de l'état de la malade. Dans les cas embarrassants n'oublions pas que « la laparotomie exploratrice est moins dangereuse que l'atteinte des lésions d'organe ». (FINSTERER).

Vu :

Le Président de la Thèse :
LEFEBVRE.

Vu le Doyen,
CALVET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Toulouse, le 3 Décembre 1948

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAINE (d'). — *Société de Chirurgie*, 30 mars 1934.

ARAGON (d'). — *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*. Toulouse, 1928.

BERGOUIGNAN. — Les perforations utérines de l'avortement criminel. *Thèse*. Paris 1931.

BERNARDBEIG. — Les formes cliniques des perforations utérines constatées au cours des curettages. *Bulletin Société d'Obstétrique et Gynécologie*, 1935.

CADENAT et DUFOUR. — *L'Hôpital*, avril 1935.

COURTOIS. — A propos de perforation intérine. *Société de Chirurgie de Paris*, octobre 1943.

GAUCHERAND, CHABAUD, FOURNEL. — Rupture de l'isthme utérin au cours de manœuvres abortives. *Gynécologie et Obstétrique*, 1946.

GERMAN. — Contribution à l'étude des perforations utérines. *Thèse*. Paris, 1939.

KADLECIK. — Perforations de l'utérus gravide dans la pratique de l'auteur depuis 1919. *Revue de Gynécologie et d'Obstétrique*, août 1941.

LE BRIS. — Contribution à l'étude des perforations instrumentales au cours du curetage post-abortum. *Thèse*. Paris, 1944.

LE MOUEL. — Contribution à l'étude des perforations utérines au cours des avortements. *Thèse*, Paris, 1934.

LLUCCIA. — A propos de deux cas de perforation utérine. *Société de Chirurgie de Marseille*.

MONDOR. — Les avortements mortels.
Sur les perforations utérines des avortements et des curetages.

PAUL. — *Thèse*, Paris 1906.

PEHAM et KATZ. — Les perforations instrumentales de l'utérus gravide et les moyens de les éviter.

PIERRA. — L'expectative chirurgicale dans les perforations utérines. *Revue de Gynécologie et Obstétrique*, 1944.

SAUVE. — *Société Nationale de Chirurgie*, octobre 1931.

SCHEBAT-LAFFONT. — Perforations utérines au cours de manœuvres. *Bulletin Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, janvier 1936.

TOUBLANC. — Contribution à l'étude des perforations utérines des avortements criminels. *Thèse*, Paris 1939.

TRÉMOLIÈRES. — *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1908.

WEISZ. — Contribution à l'étude des perforations utérines des avortements et curetages. *Thèse*, Paris 1935.

YONANOVITCH. — A propos de perforation utérine. *Le Monde Médical*, juillet 1938.

ZIMMERMAN. — Perforations utérines avec curetage. *Thèse*, Paris 1938.